118.
32.

ESSAI

SUR

L'HYPERTROPHIE DU COEUR.

Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le août 1837;

Par John COLEMAN.

Chef de Clinique médicale près la Faculté a l'Hôtel-Dieu Saint Éloi de Montpellier; ex-chirurgien externe au même hôpital; ex-élève de l'école-pratique d'Anatomie et de Chirurgie, etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

En donnant la description des maladies du cœur, nous avons eu plus d'une fois occasion de faire remarquer la difficulte et l'incertitude que leur diagnostic présente dans quelques circonstances.

MARC et MARTIN-SOLON; Encyclopédie moderne, *verbo* Cœur.

Montpellier.

IMPRIMERIE DE BOEHM ET Ce, ET LITHOGRAPHIE,

Boulevard Jeu-de-Paume.

1837.

A M. BROUSSONNET,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE; MEMBRE DE L'ORDRE ROYAL DE LA LÉGION D'HONNEUR ET DE L'ORDRE DE SAINT-MICHEL, ETC., ETC.

Hommage; reconnaissance pour ses bontés.

J. COLEMAN.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

Regrets !

A MA MÈRE,

MA MEILLEURE AMIE.

Amour et respect sans bornes.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS.

Amitié inaltérable.

A Messieurs

JOHN GILL et BREWIN.

Comme un faible témoignage de respect et de reconnaissance.

J. COLEMAN.

ESSAI

SUR

L'HYPERTROPHIE DU CŒUR.

CHAPITRE PREMIER.

Préliminaires.

Les maladies organiques du cœur, malgré leur fréquence, ne furent que peu connues des anciens. Galien qui, le premier, a traité de ces maladies, ne parle pas de celle qui va nous occuper. Les auteurs qui lui succédèrent, uniquement livrés à l'étude de la structure intime de nos organes, négligeaient tout ce qui avait rapport aux lésions organiques. Quelques-uns, cependant, notaient celles qui leur semblaient les plus curieuses et que le hasard leur fournissait. C'est ainsi que nous sont parvenues un grand nombre d'observations; mais malheureusement, toujours éparses et souvent mal recueillies, elles ne jetèrent que peu de jour sur les maladies du cœur; elles eurent, du moins, l'avantage d'attirer sur elles l'attention des médecins qui vinrent plus tard.

C'est ainsi que Nicolas Massa parle d'un homme qui avait le cœur gros et d'un volume tel qu'il n'en avait jamais vu. Vesale cite un autre homme chez lequel il trouva le cœur distendu comme un utérus, et dont le ventricule gauche renfermait deux livres d'une chair noire et glanduleuse. Lancisi, Senac, Mattani, Morgagni, Albertini, Gualtani, etc., ont fait de nombreuses remarques analogues. Enfin plus tard, Corvisart, dans son bel ouvrage sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, a décrit, d'une manière admirable, les symptômes, la marche et le traitement de ces affections. Plus récemment encore, MM. Mérat, Portal, Bertin, Laënnec et Bouillaud se sont particulièrement occupés de ce point important de la médecine, et sont parvenus à compléter les notions qui nous manquaient à ce sujet. M. Laënnec surtout a rendu beaucoup plus facile, par l'usage du stéthoscope, le diagnostic de ces affections, qui jusqu'alors avait été très-obscur.

On se sert ordinairement en médecine du mot anévrysme, pour désigner la dilatation d'une artère; trouvant ensuite quelques ressemblances entre ces maladies et la dilatation du cœur, on a étendu l'acception de ce mot, et on a nommé anévrysme du cœur, des maladies de cet organe, qui n'avaient nulle analogie avec l'affection des artères qui porte la même dénomination. Examinons, en effet, la définition de l'anévrysme. Nous voyons que celui-ci est une tumeur formée par l'accumulation d'une plus

ou moins grande quantité de sang dans une portion d'artère dont les tuniques sont dilatées et amincies. Trouvons-nous toujours ces conditions dans ces maladies du cœur que l'on a rangées parmi les anévrysmes? Non certainement. Cette expression n'est donc pas toujours valable; elle ne peut, sans qu'il y ait contradiction évidente, se rapporter à cette espèce d'hypertrophie avec diminution des cavités de l'organe affecté, et l'on ne pourrait tout au plus s'en servir, que pour désigner la dilatation d'une ou de la totalité des cavités du cœur avec amincissement de leurs parois. Nous pensons donc qu'il vaut mieux employer les expressions dont on se sert aujourd'hui, et dire qu'il y a hypertrophie, lorsque, avec l'épaississement de leurs parois, les cavités du cœur conservent leur capacité habituelle ; désigner sous le nom d'hypertrophie excentrique, l'épaississement des parois avec augmentation de leurs cavités ; et enfin, entendre par hypertrophie concentrique, l'épaississement des parois du cœur avec diminution de leurs cavités.

CHAPITRE II.

De l'Hypertrophie du cœur (anévrisme actif de Corvisart), affectant la totalité ou une partie de l'organe.

—

Tous les muscles du corps sont susceptibles d'acquérir par l'exercice un volume plus ou moins considérable. L'exercice, en effet, active la circulation, qui transmet ainsi aux parties une plus grande quan-

tité de substances nutritives. Ne voyons-nous pas à chaque instant la preuve de cette assertion? Les muscles des bras, de la poitrine, ne sont-ils pas plus développés chez un forgeron, un travailleur de terre ou un boulanger, que chez un coureur ou un homme habitué à la marche? Mais aussi les muscles des membres inférieurs n'auront-ils pas acquis en revanche un volume plus considérable chez ces derniers? La même cause doit produire le même effet sur le cœur, qui n'est lui-même qu'un muscle creux. Aussi, toutes les causes qui tendront à gêner la circulation, à produire des mouvemens précipités du cœur, à amener la stase du sang dans ces parties, produiront cet effet par un excès de nutrition. D'où résultera plus d'énergie vitale, plus de vigueur dans l'organe de la circulation; de là aussi quelquefois proviendra la dilatation de ses cavités.

Lorsque, en raison d'un obstacle à son cours ou de toute autre cause analogue, le sang abreuve trop abondamment les cavités du cœur, il les engorge, reflue et pénètre en trop grande quantité dans les artères coronaires. L'organe, irrité par cet afflux de liquide, redouble d'énergie, et lutte, pour ainsi dire, contre la résistance qu'il éprouve; mais, cette lutte, ces contractions ne font qu'attirer une nouvelle et plus considérable quantité de liquide nutritif. Les parties charnues du cœur prennent un accroissement anormal, augmentent de masse et d'épaisseur; ses mouvemens acquièrent une vigueur et une énergie

qui se rapportent à ce développement. Il y a alors excès de nutrition. Le tissu de l'organe devient plus ferme et plus consistant ; quelquefois , au contraire , mais plus rarement, il est ramolli et se laisse facilement déchirer. Si le malade est faible et d'une constitution détériorée, en même temps que cet effet aura lieu, les cavités du cœur seront dilatées; tandis que, s'il est robuste, il pourra être affecté d'une hypertrophie concentrique ou avec diminution des cavités de l'organe. Mais cette dernière affection est assez rare et n'a pas été observée par Corvisart, qui pensait que l'hypertrophie des parois du cœur était toujours liée à la dilatation de ses cavités.

L'hypertrophie du cœur peut affecter la totalité de l'organe, ou se borner à une seule de ses parties. Elle peut présenter en même temps plusieurs variétés, suivant le lieu qu'elle occupe. Ainsi, quelquefois, les parois de l'organe sont également épaissies. D'autres fois, leurs parties supérieures ont seules une épaisseur plus marquée, et cette épaisseur va en diminuant de la base au sommet. Dans d'autres cas, la portion moyenne est hypertrophiée et les extrémités conservent leur volume normal. Souvent encore, la cloison ventriculaire participe à l'hypertrophie : quelquefois, elle est seule affectée et déjetée à droite ou à gauche.

De ces divers genres d'hypertrophie, le premier, ou celui qui affecte la totalité de l'organe, est le moins commun, et l'on en trouve peu d'observations dans

les auteurs. Ainsi, Andreas Cesalpinus en rapporte un exemple remarquable, dans le chapitre XX de son IVe livre. M. Bouillaud aussi en cite quelques-uns. Mais, tous ces cas se rencontrent rarement; car, pour que cet effet eût lieu, il faudrait admettre un tel concours de circonstances diverses, mais ayant une action identique sur chacune des parties du cœur, qu'il serait surprenant que le contraire n'arrivât pas. Nous devrions supposer pour cela, une organisation semblable pour chacune des parties de cet organe, qui opposât une résistance égale à la force du sang, des obstacles de même nature pour les deux circulations, etc., etc.; et peut-être encore, les effets ne seraient-ils pas les mêmes pour les deux moitiés du cœur. Cependant, ils est impossible de révoquer en doute les observations que l'on nous en rapporte. Bornons-nous à ajouter que l'hypertrophie d'une seule des cavités du cœur est beaucoup plus commune, et qu'alors elle affecte le plus ordinairement les parties gauches: nous en trouvons une des principales causes dans leur organisation.

Plus volumineux et plus robuste que le ventricule droit, en contact aussi avec un sang plus vif, plus irritant, plus nutritif, le ventricule gauche, comme le dit M. Bertin, est naturellement disposé à l'hypertrophie: aussi, cette affection en fait-elle son siége de prédilection. On a donné, comme une des causes de cette fréquente hypertrophie du cœur gauche, l'action continuelle et plus ou moins énergique qu'il

est chargé de transmetre au sang. Cependant, plusieurs auteurs n'ont pas voulu admettre ce fait, prétendant avec raison que cette action n'est pas continue ; que, dans les mouvemens du cœur, il y a des intervalles de repos; que cet organe n'agit pas plus que d'autres, tels que les poumons, le diaphragme, qui cependant ne sont pas sujets à s'hypertrophier comme lui. Mais, il y a ici une considération bien autrement importante et qui joue un rôle beaucoup plus actif dans la production de cette maladie : je veux parler des obstacles apportés à la circulation. Les cavités gauches chargées d'envoyer le sang dans une étendue considérable, peuvent trouver une foule d'empêchemens à cet acte, empêchemens qui entraînent de fréquentes lésions de ces parties. Le ventricule aortique est en même temps doué de fibres et plus nombreuses et plus fortes, qui, en opposant une résistance considérable aux obstacles qui gênent la circulation, doivent contribuer à lui faire contracter la maladie dont nous traitons. Il est de plus en contact avec un sang riche en matière nutritive. Cette observation a été faite notamment par M. Bertin, et reconnue vraie par plusieurs autres auteurs, qui ont remarqué que la disposition du ventricule gauche à s'hypertrophier, tenait à son contact avec le sang artériel. Il y a un fait qui tendrait à prouver que la nature du sang joue, en effet, un rôle important dans la formation de l'hypertrophie, c'est que toutes les fois que M. Bouillaud a rencontré une communica-

tion entre les ventricules par la non oblitération du trou de Botal, il a observé l'hypertrophie du ventricule droit. M. Louis a fait la même remarque dans son mémoire sur la communication des cavités droites et gauches entre elles. Sur vingt observations de ce genre qu'il rapporte, il a vu six fois l'hypertrophie avec dilatation de l'oreillette droite, et onze fois celle du ventricule droit, tandis qu'à l'inverse de ce qu'on observe ordinairement, il n'a rencontré que trois fois l'augmentation de volume de la paroi des cavités gauches.

Nous trouvons, comme nous l'avons dit, dans l'organisation du ventricule gauche, dans la nature et les rapports de son action, la cause qui rend son hypertrophie beaucoup plus fréquente. Ces causes, qui n'existent pas pour le ventricule droit, et qui sont, au contraire, remplacées par d'autres tout-à-fait opposées, doivent nécessairement prédisposer cette partie de l'organe à une maladie contraire, c'est-à-dire à la dilatation de ses cavités, avec amincissement de leurs parois : c'est aussi ce qui se remarque journellement. La dilatation des cavités droites se rencontre au moins aussi souvent que l'hypertrophie des gauches. Les parois des parties droites du cœur acquièrent bien quelquefois un volume et une densité qui ne leur sont pas habituels; mais cet état n'est que très-rarement porté au point de diminuer la cavité de l'organe, quoiqu'on ait voulu rapporter des exemples qui tendraient à prouver

qu'on le rencontre encore assez fréquemment. Quand le ventricule droit est hypertrophié, cette affection coïncide presque toujours avec celle de son congénère, sauf le cas de persistance du trou de Botal. L'hypertrophie est alors moins considérable et plus régulière que lorsqu'elle attaque le ventricule gauche; quelquefois même cet état est si peu apparent, qu'il est difficile de le constater au simple contact; mais il suffit d'inciser les parois de l'organe pour les voir s'affaisser, si elles ont leur consistance ordinaire, tandis que, si elles sont hypertrophiées, leur tissu, devenu plus ferme et plus dur, empêchera que cet effet n'ait lieu. L'épaississement que peuvent acquérir les parois de cette partie de l'organe, n'est pas très-considérable; cependant, il peut encore être porté jusqu'à quinze lignes, ainsi que le rapportent MM. Bertin et Louis. Mais, nous le répétons encore une fois, ces cas sont rares; car, lorsque le sang arrive dans les cavités droites du cœur, les phénomènes qui s'y passent ne sont plus les mêmes que dans le ventricule gauche; ce liquide s'y accumule peu à peu, oblige les parties de l'organe à s'étendre, et leur fait acquérir ainsi, et dans un temps plus ou moins long, une ampleur qui peut être très-considérable. Il arrive alors tout le contraire de ce que nous avons remarqué pour le ventricule gauche : chez celui-ci, l'abondance du sang provoque des mouvemens plus violens dont son organisation est susceptible, et qui, en activant sa circulation propre, amènent secondairement

son hypertrophie. Mais, pour les cavités droites du cœur, il n'en est plus ainsi, et ce qui produit l'augmentation de volume de l'un, amène la dilatation de l'autre; car le ventricule droit, moins fort que le gauche, se trouve dans l'impossibilité de chasser tout le liquide qu'il contient; le sang qui reste dans sa cavité en distend les parois, qui, par là, perdent encore de leur force et de leur contractibilité. Cet effet se reproduisant à chaque instant, produit le plus souvent une dilatation; et si, l'on rencontre l'hypertrophie, elle est presque constamment liée à une dilatation plus ou moins prononcée.

L'hypertrophie des oreillettes est assez rare. On en trouve quelques exemples dans Corvisart. Elle ne se remarque d'ordinaire que lorsqu'il y a un état analogue du ventricule correspondant, et, par cette raison, la gauche y 'est plus sujette que la droite. La texture de ces deux parties du cœur, leurs rapports, leur dilatabilité, les obstacles nombreux apportés au cours du sang, soit dans le poumon, soit dans quelque autre point du système circulatoire, doivent entraîner beaucoup plus souvent leur dilatation passive; aussi l'observe-t-on beaucoup plus souvent, quoique quelquefois on puisse se laisser tromper par les apparences. Car la stagnation du sang dans leurs cavités après la mort, peut, en raison de la grande extensibilité du tissu des oreillettes, amener la distension de ces parties, au point de leur faire égaler le volume des ventricules. Mais il suffit souvent

d'évacuer le sang qu'elles contiennent par les orifices des vaisseaux qui s'y rendent, pour qu'elles reprennent aussitôt leur volume normal.

CHAPITRE TROISIÈME.

Marche et symptômes de l'Hypertrophie.

—

On ne peut établir de règles bien fixes relativement à la marche et à la durée de l'hyperthrophie. Tantôt lente et chronique, tantôt rapide, elle varie, suivant les circonstances et les individus. Quelquefois, il lui faut plusieurs années pour se développer ; dans d'autres cas, quelques mois suffisent pour qu'elle atteigne son plus haut degré d'intensité : aussi, tous les auteurs s'accordent-ils à lui reconnaître une marche des plus irrégulières. Souvent chronique, elle se déclare à peine par quelques légers symptômes; souvent aussi, rapide, elle prend, dès le début, un caractère tranché et marche vers une terminaison funeste. Enfin, quelquefois elle participe de ces deux manières d'être. On la voit prendre d'abord un prompt accroissement, puis se ralentir, s'arrêter, et ne plus donner de signes de son existence, pour se ranimer bientôt après, et par une série d'améliorations et de recrudescences finir par atteindre un volume considérable, entraînant après elle tous les accidens qui en sont la suite.

Quelques individus apportent, en naissant, une

prédisposition partieulière qui les rend aptes à contracter cette maladie. Dès leur plus bas âge, ils sont sujets à éprouver des palpitations, de la dypsnée, qui reviennent périodiquement, ou lorsqu'ils sont soumis à des causes qui aetivent un peu trop fortement leur circulation. Ces palpitations, eette dyspnée ne sont que les signes préeurseurs d'une maladie beaucoup plus grave, et qui n'attend que l'oceasion de se développer. Dans ces cas, une légère affeetion rhumatismale, un eatarrhe pulmonaire, lors même qu'il n'aurait pas été négligé, suffisent pour faire apparaître une maladie grave, qui prend, dès le début, un caraetère tranehé, et emporte le malade au bout de quelques mois. Cependant, en règle générale, ces exemples sont rares, et l'on peut dire que la marche de l'hypertrophie est lente et graduée. On rencontre bien, de temps en temps, des faits qui prouvent que eette assertion n'est pas positive; mais, nous ne parlons ici que de la généralité des eas. Ainsi, M. Bouillaud, dans son Traité des maladies du eœur, rapporte quelques observations d'hypertrophie, dont la marche *paraît* avoir été très-rapide, puisqu'il ne leur a fallu que trois semaines ou un mois pour se développer entièrement. Je possède moi-même deux observations analogues que je citerai plus loin. Mais, comme le dit M. Bouillaud, ees observations ont besoin d'être confirmées.

De quelque manière qu'ait paru la maladie, qu'elle se soit développée insensiblement ou tout à

coup, les symptômes que l'on observe sont à peu près les mêmes; ils ne varient que par leur nombre, et par leur plus ou moins grande intensité. Le cœur exerce une influence si marquée sur toutes les parties de l'économie, en même temps qu'il subit la leur, que le moindre changement qui survient dans l'action de cet organe, se fait sentir dans toutes les parties du corps, et d'autant plus vivement, que ces parties ont avec lui des connexions plus intimes : aussi, les symptômes que présentent ces maladies sont-ils nombreux et variés.

On a divisé les signes de l'hypertrophie comme ceux de toutes les autres maladies, en idiopathiques et symptomatiques. Les premiers sont fournis par l'exploration du cœur, de ses mouvemens et de ses bruits, et les seconds, par la réaction des organes voisins. Les signes du premier genre, beaucoup moins nombreux que ceux de la deuxième classe, sont du moins bien plus positifs.

Signes idiopathiques.

Ces signes, dit M. Bouillaud, sont les signes fondamentaux de l'hypertrophie. Ils consistent dans l'augmentation permanente de la force et de l'étendue des battemens du cœur, et, partant, dans l'augmentation du double bruit qui les accompagne. Il est rare de rencontrer, dans les hôpitaux, ces symptômes à leur début. Par une négligence que la plupart des personnes placées dans les classes indi-

gentes de la société apportent à tout ce qui regarde leur santé, les individus atteints de ces maladies ne viennent réclamer les secours de l'art, que lorsque leur état est à peu prés désespéré. Ce n'est que lorsque la maladie a jeté de si profondes racines que toute l'économie s'en ressent, que tous les symptômes sont devenus si visibles qu'on ne peut plus les méconnaître; ce n'est qu'alors, dis-je, que ces malades viennent réclamer des soins presque toujours insuffisans à cette époque de la maladie. Car alors les symptômes se multiplient; les paroxysmes, séparés au début par de longs intervalles, ne laissent bientôt plus de repos aux malades; l'hypertrophie arrive à son plus haut degré; toute l'habileté du médecin vient échouer contre elle, et il ne peut plus prétendre qu'à pallier les accidens qu'elle occasionne.

Dans le commencement de l'hypertrophie, les signes que présente le cœur lui-même ne sont pas bien marqués; ils ne se montrent que de loin en loin, et lorsqu'une cause quelconque vient activer la circulation; mais, à mesure que l'on avance dans l'examen de la marche de la maladie, ils se dévoilent par des symptômes plus évidens et des phénomènes plus facilement reconnaissables.

Ordinairement, le rhythme des mouvemens du cœur est totalement changé. La contraction des ventricules s'exécute très-lentement; le moment de repos qui existe dans l'état normal entre leur systole et celle des oreillettes, disparaît entièrement; leurs con-

tractions se confondent en un seul bruit plus fort et plus prolongé, qui est changé aussi et offre des modifications suivant le genre et le degré de l'hypertrophie. A mesure que la maladie avance, ces bruits et ces mouvemens deviennent de plus en plus forts, et finissent par constituer de véritables palpitations. Cependant, chose remarquable, ces pulsations, si fortes et si tumultueuses dans le cours de la maladie, disparaissent quelquefois presque complétement, lors que celle-ci est arrivée à un haut degré, et c'est à peine si, en appliquant l'oreille sur la région précordiale, on entend un bruissement qui ne ressemble en rien aux bruits qui avaient été perçus au début. Cet état tient, sans doute, à la vitesse avec laquelle le cœur exécute ses mouvemens, et à la quantité de liquide qui distend le péricarde et empêche le choc de parvenir aussi distinctement jusqu'aux parois de la poitrine. De plus, l'épaisseur qu'a acquise le cœur, est encore un obstacle à la transmission des sons ; et c'est ce qui explique comment, dans les hypertrophies concentriques, le bruit des contractions, quoique plus énergique, nous parvient sourd et étouffé, tandis qu'il est clair, sonore, et s'étend dans une assez grande étendue de la poitrine, si l'hypertrophie est médiocre et liée à une dilatation des cavités. Le lieu de la poitrine où l'on remarque les battemens, varie aussi suivant l'espèce d'hypertrophie dont le cœur est affecté, et la cavité qu'elle occupe. Ainsi, dans une hypertrophie excentrique du ventricule

gauche, les battemens de l'organe sont superficiels, secs, et se propagent dans une assez grande portion de la poitrine; ils se font sentir principalement dans l'intervalle des cinquième et sixième côtes. Pour le ventricule droit, il en est à peu près de même, sauf que les battemens du cœur moins forts se remarquent à la partie inférieure du sternum, et se propagent jusqu'à l'épigastre. Dans l'hypertrophie concentrique, les battemens sont petits, profonds et concentrés, mais se font remarquer dans le même endroit que le précédent.

Parmi les bruits que fournit l'auscultation du cœur hypertrophié, il en est un très-remarquable que l'on a comparé à un bruit de soufflet. Ce bruit peut se manifester dans les quatre cavités de l'organe; mais on l'entend plus souvent dans les ventricules que dans les oreillettes. Il existe presque constamment chez les sujets atteints de rétrécissement des orifices aortiques ou pulmonaires. On le rencontre aussi, quoique peut-être moins prononcé, chez des sujets affectés d'une hypertrophie simple ou avec dilatation du cœur, et sans qu'il y ait de changement dans l'état des orifices des vaisseaux qui émanent de cet organe. *En général,* dit M. Bouillaud, *l'existence d'un bruit de soufflet constant et bien distinct chez un individu atteint d'une hypertrophie du cœur, est un indice à peu près assuré d'une complication.* Cependant, il me semble que cette assertion ne doit pas être toujours juste. Ne peut-on

pas admettre que les orifices des vaisseaux, quoique conservant leur calibre normal, ne puissent donner facilement passage au sang poussé en trop grande quantité et avec trop de force par le cœur hypertrophié, et qu'alors l'effet soit le même que s'il y avait un rétrécissement de ses ouvertures? Les autres bruits anormaux que peut encore présenter le cœur, sont extrêmement variés. On les a comparés à ceux que produisent une rape, une scie, une lime, etc.

Signes sympathiques.

Les signes sympathiques, comme nous l'avons déjà dit, sont beaucoup plus nombreux que ceux de la classe précédente; car, le cœur ne peut pas être troublé dans son action, sans que ce trouble retentisse plus ou moins vivement dans toute l'économie, et ne vienne influencer les autres fonctions. Ceci s'applique surtout à celles qui ont des rapports plus intimes avec lui. Nous commencerons par examiner les changemens qui surviennent dans la respiration et la circulation.

Au commencement d'une hypertrophie du cœur, la respiration est gênée; elle devient difficile et même pénible au moindre exercice que font les malades. Ceux-ci sont très-disposés à contracter des rhumes, pendant lesquels la toux est sèche, vive, saccadée, paraît par accès, et tourmente beaucoup les malades. Elle est accompagnée d'une légère expectoration visqueuse ou sanguinolente. Cette toux ag-

grave toujours l'affection primitive, et peut facilement induire en erreur le médecin, qui, croyant qu'elle est essentielle, tourne quelquefois vers elle toute son attention. A mesure que la maladie avance, la difficulté de respirer augmente. Le sang retenu ou envoyé en trop grande quantité ou avec trop de force dans le poumon, engorge son tissu. La quantité d'air que les malades introduisent à chaque inspiration dans l'organe, n'est pas suffisante pour saturer d'oxygène ce surcroît de sang. Aussi, le poumon ne pouvant s'en débarrasser, la suffocation devient très-forte, surtout si les malades gardent une position horizontale. Ils sont, la plupart du temps, obligés de se tenir debout ou sur leur séant, le corps incliné en avant, les bras arc-boutés pour faciliter la dilatation de la poitrine. Enfin, peu à peu la gêne de la respiration devient et plus forte et plus continue; les poumons, gorgés de sang, n'admettent l'air qu'avec difficulté, surtout si le malade se livre à la marche ou au travail le plus léger; les inspirations sont longues et fréquentes. La toux qui, au début de la maladie, était sèche, est accompagnée, à cette époque, d'une expectoration abondante, quelquefois composée de sang pur, d'une couleur noire et caillé; quelquefois aussi elle est puriforme, et peut faire croire à une affection des organes de la respiration.

La circulation subit naturellement les mêmes changemens que les battemens du cœur. Le pouls offre beaucoup de variétés, et peut être inégal, irrégulier.

intermittent, mou; mais, le plus généralement, il est fort et plein, ainsi que l'a remarqué Corvisart. Cependant, tous les médecins ne sont pas de cet avis; et M. Rostan prétend que, si la maladie est occasionée par un obstacle à la circulation, la force ou la faiblesse du pouls dépendra du lieu qu'occupe cet obstacle : ainsi, s'il est placé après la naissance de la sous-clavière, les pulsations de l'artère radiale doivent être fortes, parce que le sang abonde largement dans les parties supérieures; tandis que, si l'obstacle est avant la naissance de cette artère, le pouls sera faible et petit. Toutes les parties du corps ressentent plus ou moins vivement le trouble de la circulation. Ainsi, les lèvres, les ailes du nez, les oreilles sont d'une couleur violette ou d'un rouge animé. Cet état dépend de la stase du sang dans les capillaires, qui, jointe aux lésions de sécrétions, peut donner lieu à des hydropisies, que l'on sait être très-fréquentes chez les individus atteints de maladies du cœur. Cette hydropisie se montre d'abord aux endroits les plus éloignés du centre de la circulation. Ainsi, on la voit commencer par les malléoles, s'étendre ensuite aux jambes, aux cuisses et au tronc; plus tard, lorsque la maladie est très-avancée, elle s'étend également à l'intérieur et forme des épanchemens dans les cavités splanchniques. Le trouble de la circulation n'est pas seulement marqué par l'hydropisie; la même stase sanguine peut avoir lieu dans les organes internes, et alors on voit survenir des hémoptysies, des héma-

témèses, des apoplexies, etc. Cette dernière maladie surtout s'observe assez fréquemment à la suite des maladies du cœur. Je vais rapporter un cas de ce genre, qui s'est présenté dans les salles de clinique de M. le professeur Broussonnet.

Antoine-Noël Verdillan, âgé de 61 ans, tisserand de profession, entre à l'hôpital St-Éloi, le 26 mai 1837.

D'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, Verdillan a joui d'une excellente santé pendant sa jeunesse. Elle n'a été troublée, si l'on peut s'exprimer ainsi, que par des céphalalgies fréquentes; quelquefois même assez violentes, mais que jugeaient bientôt des épistaxis abondans. A l'âge de 30 ans, le malade contracta un rhumatisme articulaire aigu, en travaillant chez un tisserand dont l'atelier était, comme de coutume, très-humide. Depuis cette époque, les douleurs rhumatismales reparaissaient trois ou quatre fois l'an, mais avec une intensité toujours décroissante. Enfin, il y a trois ans qu'elles disparurent complétement; mais, depuis ce moment aussi, le malade ressent *un sentiment de gêne, une oppression* dans la poitrine, accompagnés de palpitations de cœur qui sont devenues plus fréquentes. Depuis cet hiver, après avoir été exposé aux intempéries de l'air, et y avoir contracté un rhume violent, l'oppression devint de plus en plus forte, les membres inférieurs s'œdématièrent, et le malade, incapable de tout travail, se décida à entrer à l'hôpital.

Ce malade fut examiné le jour de son entrée. La respiration était gênée, mais ne présentait rien de particulier, si ce n'est un léger râle ronflant. Les mouvemens du cœur étaient fréquens, forts, tumultueux et irréguliers, et il s'y mêlait un léger bruit de soufflet; les battemens de l'organe n'étaient visibles que dans la région précordiale, mais s'entendaient assez bien dans toute l'étendue de la poitrine; le pouls était fort, plein et très-irrégulier : du reste, toutes les autres fonctions s'exécutaient bien. Le malade était gai et demandait à manger. (*Orge oxymellé; 7 grains ipécacuanha.*) Le lendemain, l'état du malade est le même. On ordonne un purgatif avec l'huile de ricin et le calomel; mais il ne fut pas administré, à cause de l'accident qui survint. Il paraît que le malade était occupé à causer avec des camarades sur un banc dans la cour, lorsqu'on le vit tout à coup tomber en arrière, sans mouvement, mais cependant sans perdre tout-à-fait connaissance, quoiqu'il n'ait pu se rappeler rien de ce qui lui était arrivé. On pratiqua aussitôt une forte saignée au bras, et on ordonna une limonade avec la crême de tartre. Ce laxatif produisit des selles abondantes pendant la nuit. Le lendemain matin, toute la partie gauche du corps avait perdu le mouvement et la sensibilité; le malade avait recouvré la parole, mais la respiration était toujours très-gênée. (*Bouillon; vin; décoction de* 1 *gros fleurs d'arnica, pour quatre verres.*) Pendant

les premiers jours de juin, l'état du malade resta à peu près stationnaire; il sembla un instant que le mouvement et la sensibilité allaient reparaître dans les membres paralysés. Mais bientôt tous les symptômes se montrèrent avec une nouvelle gravité; la respiration était bruyante et très-fréquente; il survint du délire, puis un coma profond que vint terminer la mort, le 17 juin, vingt-deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

Autopsie, quinze heures après la mort. — Les vaisseaux qui rampent à la surface des membranes du cerveau et les sinus, contiennent une assez grande quantité de sang noir, mais peut-être pas aussi abondamment qu'on aurait pu le supposer. La dure-mère est à l'état sain dans la plus grande partie de son étendue; elle a contracté des adhérences avec la substance cérébrale à la partie postérieure de l'hémisphère droit. Dans ce point, l'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies.

L'hémisphère droit du cerveau est affaissé relativement au gauche; il est ramolli dans ses parties antérieure et postérieure. Sur ce dernier point, il existe une assez grande quantité de pus. En coupant le cerveau dans cet endroit, du pus mêlé à du sang s'écoule; mais il n'est pas réuni en foyer, et paraît être répandu dans toute la substance cérébrale. Ces coupes laissent apercevoir l'intérieur de l'organe, qui présente des plaques assez larges, de deux couleurs bien tranchées, et disséminées dans toute son

épaisseur : les unes sont d'un rouge livide et violacé, les autres jaunes. La consistance du cerveau est très-faible dans ce point et comme crémeuse. Les autres parties n'offrent qu'un léger pointillé rouge.

Le cœur est hypertrophié et ses cavités sont dilatées. L'épaisseur des parois des ventricules est assez considérable, surtout pour le gauche. Les valvules auriculo-ventriculaires présentent plusieurs points cartilagineux et osseux : le plus remarquable était situé dans le ventricule gauche, et avait au moins trois ou quatre lignes de diamètre.

Tous les autres viscères étaient sains.

Dans l'hypertrophie, la digestion participe du trouble général des fonctions. Les malades conservent bien jusqu'aux derniers momens l'appétit, qui semble quelquefois augmenter au début de la maladie. Certains sont tourmentés par une faim continuelle; mais, pendant la digestion, la respiration est plus gênée ; la toux, plus forte et plus continue, peut occasioner des indigestions ; le visage est fortement coloré : cette coloration est accompagnée d'un vif sentiment de chaleur et de constriction à la gorge. Aussi, les malades ne doivent-ils satisfaire leur appétit que modérément, car leurs indigestions sont ordinairement suivies de diarrhées longues et opiniâtres. Dans d'autres cas, il y a constipation. Les urines sont rares, rouges et bourbeuses, lorsque la maladie est bien prononcée. Ce défaut de sécrétion dépend de

la gêne qu'éprouve la circulation : on peut en obtenir facilement la preuve, en pratiquant une saignée. Aussitôt après, on voit le plus souvent les urines devenir abondantes et plus claires; mais cet état n'est que de courte durée.

CHAPITRE QUATRIÈME.

Des causes de l'Hypertrophie.

Dès le premier moment de son existence, l'homme est livré à l'action d'une multitude de causes extérieures qui tendent à déranger son organisation, et par suite à porter du trouble dans la circulation. Tout, en effet, dit Corvisart, semble conspirer contre la liberté et la régularité de son action : la respiration, la toux, les mouvemens brusques viennent retentir sur le cœur, et doivent nécessairement entraver sa marche et troubler la régularité de ses mouvemens. Plus tard, les passions si nombreuses auxquelles l'homme est livré, les excès de tous genres viennent se joindre à ces premières causes, et faire sentir leur funeste influence. Mais, de quelque nature que soient ces causes, de quelque manière qu'elles agissent, elles sont toutes identiques ; c'est par le trouble qu'elles apportent à la circulation, par les contractions brusques et forcées qu'elles provoquent, qu'elles produisent l'hypertrophie.

Cette maladie du cœur peut affecter tous les âges, l'enfance même ; mais alors, lorsqu'elle se manifeste,

il faut admettre une prédisposition congénitale ou héréditaire : elle se développe beaucoup plus souvent dans l'âge mûr ou dans la vieillesse. L'homme y est plus sujet que la femme ; ce qu'on peut expliquer par la fatigue que nécessite ses travaux, qui, en rendant l'action du cœur plus vigoureuse, augmentent en même temps sa nutrition.

On voit souvent cet organe s'hypertrophier à la suite d'une péricardite, d'une inflammation de son tissu ou de la membrane qui tapisse ses cavités. M. Bouillaud, qui le premier a fait cette remarque, est le premier aussi qui ait cité des observations nombreuses et concluantes à l'appui de ce fait. Sur trente-trois cas de péricardite ou d'endocardite qu'il rapporte, il a constamment rencontré l'hypertrophie des parois du cœur. On voit aussi très-souvent survenir cette maladie à la suite des affections rhumatismales, soit que la maladie s'étende au péricarde, soit qu'il se fasse une métastase. L'observation que j'ai rapportée précédemment, en est un exemple. L'hypertrophie a paru aussitôt après la disparition du rhumatisme.

Les lésions qui peuvent exister dans les principaux vaisseaux qui partent du cœur, soit à leurs orifices, soit dans les valvules qui les garnissent, sont souvent la cause d'obstacles qui doivent nécessairement aider à la formation de la maladie. Cette cause même est assez commune; mais il me semble que Corvisart a été trop loin, lorsqu'il a dit qu'il ne pouvait pas

exister de dilatation du cœur, sans une cause semblable. Une des fréquentes lésions que peuvent présenter les valvules, consiste dans l'épaississement de leur tissu ; celui-ci peut être cartilagineux et incrusté de plaques ossiformes plus ou moins étendues, ou même encore couvert de végétations. Dans cet état, les valvules ne peuvent plus remplir exactement le rôle qui leur a été confié. Il ne leur est pas possible, après chaque contraction, de s'abaisser et de fermer l'orifice des vaisseaux ; il tombe toujours alors, dans le ventricule, une certaine quantité de sang dont celui-ci veut se débarrasser, ce qui l'oblige à des contractions fortes et répétées, qui, lorsqu'elles sont poussées trop loin, deviennent une des causes les plus fréquentes de l'hypertrophie.

La dilatation et les ossifications de l'aorte, en diminuant l'élasticité de cette artère, doivent y gêner la circulation, ainsi que dans le cœur. On conçoit facilement aussi, que l'oblitération totale ou partielle de cette artère doit modifier si énergiquement cette fonction, qu'il en résulte des lésions graves pour le cœur. Ainsi, Astley Cooper (1) a trouvé sur un enfant de 14 ans, l'aorte oblitérée au-dessous de la sous-clavière : la circulation avait continué, au moyen des collatérales et du canal artériel qui avait un calibre très-fort ; le cœur avait acquis un volume considé-

---

(1) Mémoire sur la ligature de l'aorte.

rable. On trouve un exemple analogue dans le tome XXXIII du Journal de Corvisart. Mekel et Lancisi en rapportent de semblables.

La cause la plus fréquente de l'hypertrophie du cœur a son siège dans le poumon. Ces deux organes sont si intimement unis, que les maladies de l'un doivent facilement avoir une influence sur l'autre. Un rhume négligé, a dit Laënnec, est souvent la cause des maladies du cœur les plus graves. Ainsi, les catarrhes pulmonaires chroniques, l'engorgement sanguin des bronches, l'état tuberculeux, l'emphysème des poumons, gênent la circulation dans cet organe. Le sang y séjourne d'une manière vicieuse ou n'y circule pas librement, et de là, des efforts vigoureux et répétés de la part du cœur.

C'est à peu près de cette manière aussi, que tous les exercices qui accélèrent ou qui dérangent le cours du sang, tels que la course, la danse, l'équitation, l'usage des instrumens à vent, l'abus des plaisirs de l'amour, l'onanisme, les professions pénibles qui exigent l'usage des membres thoraciques ou une position forcée, peuvent devenir la source d'une lésion organique du cœur. Les alimens échauffans, les mets épicés et aromatisés, l'usage des boissons alcooliques et stimulantes, ont un action identique.

Les liaisons qui unissent le cœur à toutes les autres parties du corps, et à l'aide desquelles il partage leurs diverses affections, sont si intimes, que toutes les passions qui dominent l'espèce humaine, exer-

cent une influence trés-marquée sur cet organe. Les unes diminuent son énergie; les autres, au contraire, augmentent la vitesse et la force de ses contractions, et leur font acquérir un degré d'intensité qui n'est plus en harmonie avec la force et la sensibilité des autres parties.

Enfin, on a souvent trouvé, pendant la vie, tous les symptômes propres à ces affections, sans que l'autopsie ait pu fournir des traces de la maladie ou même l'existence antécédente d'un travail morbide, ou d'anciens obstacles à la circulation. On a, au contraire, dans certains cas, rencontré le cœur atrophié. Dans ces circonstances, on a été obligé de rapporter ces faits au trouble du systême nerveux qui préside à l'action de l'organe principal de la circulation. Ce trouble du systême nerveux peut quelquefois donner lieu à des phénomènes singuliers, et peut être cause d'une hypertrophie, s'il est de longue durée.

Élise Verrière, âgée de 41 ans, d'un tempérament nerveux, mariée à 16 ans, actuellement veuve et mère de trois enfans, a joui d'une bonne santé. Seulement, il y a environ quatre ans, en se rendant du village qu'elle habitait à un autre village voisin, elle fut prise, sur la route et sans cause connue, de battemens de cœur si forts et si énergiques, qu'elle faillit, dit-elle, en être suffoquée. Cet accident ne se renouvela plus, et sa santé n'en ressentit aucun trouble. Un an après (*novembre* 1833), la malade

fut enfermée à la maison centrale de Montpellier. Ce changement brusque de manière de vivre exerça une influence fâcheuse sur sa santé. Elle contracta un rhume violent qui dure encore, et qui fut suivi d'une infiltration de la face. L'application de vésicatoires, de cautères, firent disparaître cette infiltration, mais n'agirent nullement sur le rhume qui était toujours très-fort. Pendant les accès de toux, les carotides battent avec force ; il se fait une congestion de sang à la tête ; la malade ressent comme un poids incommode à l'épigastre ; souvent même elle perd l'ouïe, mais n'éprouve jamais de vertiges.

Voici quels étaient les symptômes qu'elle présentait, le 29 novembre 1836, jour de son entrée à l'hôpital. Le pouls était fort et vite ; la toux fréquente, avec une expectoration de mucosités aqueuses abondantes et jamais teintes de sang ; pendant les accès de toux, la malade cherche l'impression d'un air frais ; elle est alors menacée de suffocation. Toutes les autres fonctions se font bien ; la respiration s'entend des deux côtés de la poitrine. Un bruit de soufflet coïncidant avec les contractions des ventricules se fait entendre dans la région du cœur ; ses contractions sont assez fortes, mais régulières. (*Looch avec 5 gouttes.*)

30 *Novembre.* — La malade a beaucoup toussé pendant la nuit. Pour la première fois, les crachats qu'elle a rendus ont été teints de sang. Une douleur assez vive s'est manifestée dans la partie inférieure

latérale gauche du thorax. Cependant, la respiration ne présente rien d'anormal. Le bruit de soufflet n'existe plus. Le resserrement de l'orifice aortique ou pulmonaire n'aurait-il été que spasmodique? C'est ce que l'examen ultérieur de la femme nous apprendra. (*Même prescription.*)

1er *Décembre.* — Disparition de la douleur de côté. La toux est moins forte; le pouls est plus plein et plus fréquent. Le bruit de soufflet se fait entendre de nouveau d'une manière très-sensible; la respiration paraît obscure aujourd'hui dans la partie postérieure, et à la partie antérieure et inférieure du poumon droit. (*Soupe au lait; 4 onces looch avec 20 gouttes teinture éthérée de digitale; chiendent nitré; saignée de 8 onc. du bras gauche.*)

2 *Décembre.* — La saignée a beaucoup soulagé la malade, qui a pu reposer hier dans l'après-midi; la toux a été moins forte, mais l'expectoration a été abondante et sanguinolente. (*4 onces looch avec 20 gouttes teinture éthérée de digitale; chiendent nitré.*)

3 *Décembre.* — La malade a passé une bonne nuit; elle a un peu toussé; le bruit de soufflet est très-sensible, et les battemens du cœur très-énergiques.

4 *Décembre.* — La malade va bien; le pouls est moins fréquent qu'hier; le bruit de soufflet diminue; point de toux, ni d'expectoration; sommeil pendant la nuit; appétit. La malade n'éprouve plus qu'un

peu de gêne dans la respiration et de fatigue dans les membres abdominaux, lorsqu'elle marche. (*Quart ; mêmes prescriptions.*)

5 *Décembre.* — Point de toux ; le bruit de soufflet a cessé ; les urines coulent abondamment ; les pieds et les mains sont tuméfiés. (*Mêmes prescriptions.*)

6 *Décembre.* — La toux a reparu cette nuit ; elle a même été très-forte et accompagnée d'une expectoration abondante et mêlée à du sang ; le pouls n'est pas bien fréquent, ni aussi plein que les jours précédens ; les règles ont paru hier et coulent assez fort ; pas de sommeil. (*Suspension des médicam.*)

8 *Décembre.* — Le bruit de soufflet a reparu aujourd'hui, et les battemens du cœur sont forts et fréquens ; les pieds et les mains sont gonflés ; point de toux ni d'expectoration ; les règles diminuent. On reprend l'usage des médicamens suspendus.

9 *Décembre.* — La malade éprouve une douleur assez vive du côté droit du thorax. On suspend les médicamens et on applique 15 sangsues sur le point douloureux.

10 *Décembre.* — L'application des sangsues a fait disparaître la douleur de côté. La malade sort sans qu'on ait pu l'ausculter de nouveau.

Cette malade était certainement atteinte d'une hypertrophie du cœur, assez faible sans doute. On peut facilement supposer que la cause déterminante avait été le rétrécissement spasmodique de l'orifice

auriculo-ventriculaire. Le tempérament nerveux de la malade, l'absence presque complète du bruit de soufflet à des époques qui n'ont pu être déterminées, et son retour à d'autres époques incertaines aussi, rendent cette assertion assez plausible. Il y a de plus un symptôme qui est survenu durant le séjour de la malade à l'hôpital, et qui n'a pas été noté, c'est l'œdématie du membre abdominal gauche. Ce symptôme viendrait se joindre à l'appui de l'idée émise. Au reste, cette œdématie a disparu assez promptement, sans doute par l'usage de la digitale, qui a produit chez cette malade son effet accoutumé. La toux dépendait probablement d'une bronchite passée à l'état chronique, et qui certainement avait aussi joué son rôle dans la formation de l'hypertrophie.

CHAPITRE V.

Diagnostic propre et différentiel. — Pronostic.

Il est quelquefois, ou pour mieux dire, il est souvent difficile pour le médecin de reconnaître, au premier abord, la maladie qu'il est appelé à combattre. Et, cependant, dans celles du cœur, cette difficulté de diagnostic est encore plus grande. Aussi, importe-t-il beaucoup que le médecin ne néglige aucune des données qui peuvent éclairer son jugement. Quand on pense au grand nombre de symptômes que présentent les maladies du cœur, à leur gravité, il

semble que cette assertion n'est pas juste; mais, lorsqu'on réfléchit plus tard aux modifications que certains bruits, certains mouvemens de cet organe peuvent présenter sous l'influence d'une cause légère, à la difficulté qu'on a de déterminer certains signes, au moyen desquels on doit juger la maladie qu'on va combattre, on s'aperçoit que cette idée n'est pas tout-à-fait dénuée de fondement. Il en est de même de tous les signes qui sont fondés sur des modifications dans la force des battemens du cœur, dans la concentration de leurs bruits. Ils peuvent facilement mettre en défaut le diagnostic. Pour qu'ils offrent quelque certitude, il faut qu'ils soient constans. On ne doit donc se prononcer qu'après des investigations répétées. Il faut aussi n'explorer, n'ausculter les malades, que lorsqu'ils sont tranquilles, lorsque leur digestion est terminée, et non à la suite de leurs repas. Cependant on peut encore, malgré toutes ces précautions, tomber dans l'erreur; et on a souvent vu des individus qui n'avaient jamais présenté aucun symptôme du côté du cœur, succomber à une maladie de cet organe, tandis que d'autres qui offraient ces signes à un haut degré, n'ont présenté à leur mort aucune trace d'hypertrophie. C'est ainsi que l'on voit souvent, à la suite de chagrins prolongés, de privations, d'une suppression de menstrues, survenir des symptômes graves, qui dénotent un trouble profond dans la circulation, et qui pourront faire croire à une maladie de son principal agent, tandis qu'on n'aura affaire

qu'à une affection purement nerveuse, ou à une simple maladie du péricarde, qui peut souvent donner lieu à une grande partie des symptômes dont nous avons parlé. Ces premiers signes surtout ne sont pas assez concluans, pour qu'on puisse dire que l'individu qui les offre, est atteint d'une hypertrophie du cœur. Car, il suffit souvent de soustraire les malades aux causes qui réagissent ainsi sur eux, pour voir disparaître tous les symptômes d'une maladie qui n'existe pas encore, mais qui plus tard pourrait devenir réelle.

Un malade était entré à l'hôpital St-Éloi, pour des douleurs qu'il éprouvait dans la poitrine depuis quelques jours. Il y avait difficulté de respirer, augmentant par la marche ou les mouvemens un peu brusques ; les battemens du cœur étaient fréquens, précipités, et assez forts pour soulever les couvertures du lit, ou la main et même la tête qui explorait la région précordiale. Le stéthoscope faisait percevoir un bruit de soufflet très-prononcé, et les divers bruits du cœur n'étaient pas distincts. Il y avait bien là une grande partie des signes d'une hypertrophie. Cependant, en interrogeant davantage le malade, on apprenait qu'au début de la maladie, le temps était froid et humide, que cet individu était sujet aux rhumatismes, que les douleurs qu'il éprouvait dans la poitrine étaient mobiles et changeaient facilement de place, etc., etc. Ces divers symptômes réunis firent penser qu'il ne s'agissait, dans ce cas,

que d'une affection rhumatismale, qui avait dû se porter sur le péricarde, et dont la prétendue maladie du cœur dépendait; que celle-ci devait disparaître avec l'affection primitive. En effet, une saignée et l'administration du tartre stibié firent cesser tous les symptômes. Dès le lendemain, la respiration était moins gênée; le bruit de soufflet avait disparu et les contractions de l'organe avaient en partie perdu leur intensité. Cette amélioration fit des progrès, et le malade sortit, quelque temps après, n'éprouvant plus rien du côté du cœur.

Le médecin doit surtout examiner avec attention tous les phénomènes insolites que le cœur peut présenter, soit dans sa sensibilité, soit dans sa contractibilité, phénomènes que l'on est souvent tenté de rapporter à une altération plus ou moins profonde de son organisation. Souvent, dans des cas où cette sensibilité était très-forte et accompagnée de dyspnée, de palpitations et d'autres symptômes assez graves pour produire la mort, on a rencontré le cœur à son état normal, ou, au contraire, atrophié. On a alors été forcé, comme nous l'avons déjà dit, de rapporter tous ces accidens au trouble du systême nerveux. J'ai observé un cas de ce genre dans les salles de M. le docteur Gasté, qui a bien voulu m'en communiquer l'observation.

Darbelet (Jean-Didier), âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution et qui avait toujours joui d'une bonne santé,

entre à l'hôpital St-Éloi, le 11 mai 1835. Ce militaire a les passions vives; il aime le vin, les femmes, tous les exercices violens, et a souvent fait des excès. Professeur de gymnase au 2e régiment du Génie, il y reçut, il y a deux ans, un coup de massue sur la région précordiale. Depuis cette époque, il eut des palpitations ; puis une intermittence du pouls. Une bouffissure considérable avait envahi les jambes, les cuisses et le ventre, lors de son entrée à l'hôpital.

Les battemens du cœur étaient forts, violens et irréguliers; ils s'entendaient dans toute l'étendue de la poitrine. Il venait s'y mêler un bruit de soufflet, quelquefois bien prononcé. Le pouls donnait 50 à 60 pulsations par minute. Il était intermittent, toutes les cinq à dix pulsations. Le malade éprouvait des étouffemens et des bouffées de chaleur, lorsqu'il marchait un peu vite, ou en montant. Il dormait peu et difficilement. (*Quart; saignée de* 15 *onces à son entrée; de* 12 *onces le* 15 *mai, et le* 19, *idem; boissons oxymellées et nitrées; frictions sur les membres avec une décoction de digitale.*)

L'emploi de ces divers moyens ne change en rien les mouvemens du cœur; mais, sous leur influence, il survient une sécrétion plus abondante d'urine, et l'infiltration diminue considérablement.

En juin, le malade éprouve de la toux et de la gêne dans la respiration, avec une sensation d'étranglement à la gorge: il a du dégoût, un peu de dou-

leur à l'épigastre; les urines deviennent plus rares. (*Régime plus sévère; on donne un purgatif qui ne produit aucun effet; l'application de 15 sangsues sur la trachée-artère soulage un peu plus; continuation des boissons nitrées.*)

En juillet, l'état du malade est toujours le même; les battemens du cœur n'ont perdu ni de leur énergie, ni de leur fréquence; le pouls est toujours intermittent; l'œdème diminue aux membres supérieurs et au scrotum, tandis que les jambes et les cuisses s'infiltrent de plus en plus. La peau de ces membres est d'un froid d'autant plus remarquable, que la température est élevée. Pendant tout ce mois, le malade est mis à l'usage des potages, des boissons béchiques, des potions avec l'acétate de morphine et le cyanure de potassium. On donne aussi des paquets composés de deux grains nitre et deux grains camphre; une décoction de riz gommé pour arrêter une légère diarrhée consécutive à l'administration d'un laxatif avec deux onces d'huile de ricin et deux onces sirop de nerprun.

En août, l'impuissance de ces divers moyens est constatée; l'infiltration fait des progrès rapides; elle envahit tout le torse et les membres supérieurs. Décubitus dorsal forcé; douleur très-vive du côté droit par suite de l'infiltration; le pouls intermittent donne 53 pulsations par minute; la respiration est assez bonne. Le malade est tourmenté par une chaleur intérieure très-importune et une soif insatiable. On

pratique une moucheture au-dessus de la malléole et pendant tout le mois; il s'en écoule deux à trois litres de sérosité par vingt-quatre heures; l'infiltration diminue sensiblement. Vers la fin de ce mois, le malade ressent une vive douleur au-dessous de l'épaule gauche. Il éprouve une indigestion, le 25 au soir, suivie de plusieurs selles; soif vive; insomnie; pouls plein, roide; le pourtour de la moucheture est enflammé (*Boissons apéritives; lim. citrique; riz gommé; légers alimens et mêmes prescriptions* ut suprà).

Pendant le mois de septembre, la sérosité diminue; les plaies causées par les mouchetures sont toujours enflammées; le malade se dégoûte des médicamens; on le tient à un régime sévère et végétal; on donne des boissons gommeuses et lactées; l'acétate de morphine et quelques pilules d'Anderson.

L'infiltration diminue de plus en plus pendant le mois d'octobre; l'état du malade est cependant à peu près le même, quoiqu'il puisse rester levé plusieurs heures par jour; l'intermittence du pouls est plus rare, mais les battemens du cœur ont toujours la même intensité.

Dans le mois de novembre, le refroidissement de la température exerce une influence très-marquée sur l'état du malade; malgré tous les soins et tous les moyens mis en usage, l'infiltration reparaît et augmente sensiblement. Il survient un rhume qui fatigue beaucoup le malade : soif vive et chaleur brûlante

dans l'abdomen ; le pouls est fréquent et roide. (20 *sangsues à la trachée-artère ; boissons béchiques ; régime sévère.*)

La bronchite disparaît dans les premiers jours de décembre, mais l'infiltration augmente au dernier point; les battemens du cœur sont toujours les mêmes; la diarrhée, légère, le mois passé, augmente de plus en plus ; les selles sont liquides, blanchâtres, comme purulentes ; la respiration est difficile. (*Riz gommé; potions gommeuses ; lavemens amylacés ; pilules avec l'extrait d'opium.*)

Dans la nuit du 26 au 27, la difficulté de respirer fait des progrès effrayans; la mort vient terminer cet état affreux, le 27, à neuf heures du matin.

Autopsie, 25 heures après la mort.—Cadavre d'un volume considérable, par suite de l'infiltration successive des tégumens qui ont deux à trois pouces d'épaisseur.

A l'ouverture du thorax, on trouve au moins deux litres de sérosité claire et limpide dans chaque cavité pleurale. Ce liquide a fait resserrer les poumons sur eux-mêmes; ils ne présentent pas cependant d'altération notable.

Le cœur est petit : c'est tout au plus s'il a le volume du poing du sujet; et cependant l'oreillette droite est tellement dilatée et amincie, qu'elle forme à elle seule la moitié de la totalité de l'organe.

Le foie n'a pas non plus le tiers de son volume ordinaire ; il est couvert de fausses membranes. La

rate, très-petite aussi, n'a pas la moitié du volume des reins qui sont à l'état normal ; les intestins sont unis entre eux par des fausses membranes très-adhérentes et qui paraissent fort anciennes. L'intérieur du tube digestif est pâle et décoloré ; il est exsangue comme la presque totalité des tissus qui furent examinés.

Voilà une observation intéressante sous plus d'un point de vue. Nous voyons tous les symptômes d'une hypertrophie, et cependant, à l'autopsie, on ne trouve rien qui puisse rendre raison suffisante des phénomènes observés pendant la vie. Peut-on penser que la dilatation de l'oreillette droite ait été la cause de tous ces symptômes? Je ne le crois pas ; et, dans le cas où on l'admettrait, que dirait-on du peu de volume des autres parties du cœur? Cet individu était un de ces hommes les plus robustes et les mieux constitués que j'aie vus. Il avait une taille de cinq pieds sept à huit pouces, et on se serait certainement attendu à trouver le cœur plus volumineux, alors même que l'individu n'aurait pas été malade.

A quoi doit-on attribuer aussi l'atrophie des autres organes de l'abdomen? Est-ce au trouble du système nerveux ou de la circulation? Je pense qu'il est assez difficile de se prononcer.

Le pronostic de l'hypertrophie du cœur est grave ; et, lorsque la maladie est arrivée à la dernière période, elle est incurable et d'une terminaison funeste. Les malades atteints d'une hypertrophie du cœur, ont

besoin de repos et de tranquillité d'esprit ; aussi, peut-on dire, en règle générale, que la maladie aura une marche d'autant plus rapide, que les malades se livreront à des travaux plus pénibles, qu'ils seront sous l'influence de peines morales plus ou moins fortes. C'est pourquoi l'on voit les gens aisés qui peuvent garder un repos continuel, qui se soumettent à un régime sévère et approprié à leur état, prolonger leur existence beaucoup plus long-temps que les malheureux que le sort condamne à des travaux pénibles, et qui sont exposés aux intempéries des saisons, ou livrés aux excès et à la débauche. Les premiers pourront voir disparaître les principaux symptômes de leur maladie, pendant des années entières, tandis que, chez les seconds, le mal deviendra promptement mortel.

On doit, avant de se prononcer sur une hypertrophie du cœur, prendre en considération le degré auquel est parvenue la maladie, les causes prédisposantes et les circonstances dans lesquelles se trouvent les malades. La maladie sera, comme de raison, beaucoup moins grave, si elle est simple et sans complication de lésion de valvules, si sa marche est lente, et que le trouble des autres fonctions ne soit pas très-prononcé : c'est pendant cette première période, que l'on peut espérer la guérison des malades. Mais si, dès le début, la maladie prend une marche rapide, si tous les symptômes se montrent à la fois et avec force, si la respiration et la circu-

lation sont très-gênées et que l'on ne puisse parvenir à rendre de la régularité à ces deux fonctions, la mort ne se fera pas long-temps attendre. On cite cependant quelques cas de guérison à cette période de la maladie; mais ils sont très-rares.

CHAPITRE VI.

Traitement.

Il faut, autant que possible, pour établir les indications d'un traitement, remonter non-seulement à l'organe malade; mais encore au mode d'affection de cet organe et à la cause première de tous ses désordres. Cette règle doit nécessairement s'appliquer à l'hypertrophie, de même qu'à toutes les autres maladies. Le premier soin du médecin sera donc de chercher à connaître les causes qui ont préparé le développement de la maladie, celles qui en favoriseraient les progrès, et, enfin, à soustraire les malades à l'influence qu'elles exercent sur lui. En résumé, dit M. Bouillaud, si la maladie est simple, elle doit être combattue par l'usage raisonné des antiphlogistiques et des sédatifs secondés par le repos et un régime sévère. Le traitement antiphlogistique trouve son application, lorsque les malades sont rouges, pléthoriques, qu'ils ont la respiration courte et le pouls dur et plein. On doit alors chercher à modérer les contractions trop énergiques du cœur, et

l'impulsion trop vive qu'elles communiquent au sang. Il ne faut, cependant, employer ces moyens qu'avec une grande réserve, de crainte de faire dominer la diathèse séreuse. Je pense que le traitement que Valsalva et Albertini avaient conseillé contre les anévrysmes de l'aorte, et que Laënnec appliquait à l'hypertrophie, ne peut être que rarement mis en usage, et dans les cas seulement où le cœur a acquis un volume énorme. Voici en quoi consiste cette méthode : On débute par de copieuses saignées, et l'on revient à cette opération, tous les trois ou quatre jours, dans le commencement; tous les huit ou dix, vers la fin de la maladie. Pendant ce temps, le malade, retenu dans son lit, est soumis à un repos absolu et à une diète des plus sévères. On continue ce traitement jusqu'à l'entière disparition des symptômes, et on le reprend avec énergie, si quelqu'un d'entre eux reparaît. Cette méthode, comme on le conçoit facilement, a des inconvéniens très-graves. Les malades qui y sont soumis, perdent toutes leurs forces; c'est à peine s'ils peuvent remuer dans leur lit. Une infiltration générale envahit tous les tissus, et cause peut-être plus de mal que la surabondance de sang, en supposant toutefois qu'elle existe. Cependant, on ne peut pas disconvenir que les émissions sanguines générales ou locales ne soient d'un très-bon effet, en facilitant la circulation; mais il ne faut pas en abuser, et elles ne peuvent rationnellement constituer l'ensemble du traitement. Si la ré-

gion précordiale était très-douloureuse et que les malades y éprouvassent beaucoup d'oppression, on se servirait avec avantage de sangsues et de ventouses scarifiées sur la région du cœur. On pourrait y joindre l'application des moxas, des cautères ou des topiques réfrigérans.

On se sert à l'intérieur de plusieurs médicamens, pour calmer l'action du cœur et ralentir la circulation; les principaux sont la digitale, l'acide hydrocyanique, le prussiate de potasse, l'eau distillée de laurier-cerise, etc. De tous ces médicamens, la digitale est celui qui paraît avoir des effets plus marqués; elle a une action très-énergique sur la circulation, qu'elle ralentit bientôt. On doit suspendre l'usage de cette substance, ou du moins en modérer les doses, aussitôt qu'il survient des nausées, ou le moindre symptôme d'irritation gastrique. On l'administre de plusieurs manières, en poudre ou en teinture éthérée; on en fait des frictions avec la teinture alcoolique; on l'administre en lavemens à la dose de six à huit grains. Enfin, dans ces derniers temps, M. Bouillaud l'a employée par la méthode endermique, et il paraît qu'il en a obtenu des résultats très-satisfaisans. Il fait appliquer un vésicatoire sur la région précordiale, et, tous les jours, il en fait recouvrir la surface de poudre de digitale à la dose graduée de six à quinze grains.

En même temps qu'on agit sur l'agent principal de la circulation, on doit employer d'autres médi-

camens, contre les résultats de la maladie. Ainsi, l'on combat la diathèse séreuse par les diurétiques. On commence par administrer les plus faibles, et on ne doit pas craindre plus tard de se servir, même à des doses élevées, de ceux qui ont une action énergique. On emploie ordinairement le nitrate et l'acétate de potasse, les préparations scillitiques, les baies de genièvre infusées dans l'eau, la digitale pourprée, la décoction de caïnça, etc., etc. Si l'infiltration n'est pas très-prononcée et qu'il ne se soit pas encore formé d'épanchement à l'intérieur, l'emploi de ces médicamens pourra être très-utile, et l'on verra, presqu'aussitôt après leur administration, l'infiltration diminuer et tous les symptômes s'amender; mais, dans les cas contraires, ils ont une action trop faible et l'on doit leur associer les purgatifs qui, en donnant lieu à d'abondantes évacuations alvines, sont quelquefois momentanément utiles.

Enfin, si, malgré tous ces moyens, la collection séreuse de l'abdomen faisait des progrès, si l'infiltration générale devenait trop considérable, il faudrait avoir recours à la ponction et aux mouchetures pratiquées aux extrémités inférieures: cependant on ne retire pas toujours un grand fruit de ces opérations, qui quelquefois, au contraire, sont suivies d'accidens graves. Les collections se réforment bientôt après. Dans tous les cas, lorsqu'on pratique une ponction, on doit ne donner issue au liquide que d'une manière lente et graduée. Quant aux mou-

chetures, elles sont souvent dangereuses, et les accidens qu'elles peuvent occasioner, ne sont pas en rapport avec le bien-être de courte durée qu'elles procurent. Malgré tous les soins qu'on peut prendre pendant et après cette opération, les bords de la plaie sont sujets à s'enflammer. Cette inflammation fait des progrès et peut se terminer par une gangrène, qui ne se borne pas toujours au lieu où elle a pris naissance, mais s'étend quelquefois à la totalité des membres.

Je crois qu'il est inutile de dire que, si l'on pensait que la maladie fût sous la dépendance d'une suppression de menstrues, d'hémorrhoïdes, il faudrait s'efforcer de rappeler, aussitôt que possible, le flux supprimé. Il est inutile aussi d'insister sur la nécessité d'un bon régime, sur la privation d'alimens trop nutritifs ou trop échauffans, sur l'abus des boissons alcooliques, etc., etc. Les malades atteints d'une hypertrophie doivent suivre un régime doux, et faire usage de boissons rafraîchissantes, etc. Ces moyens sont importans et ne doivent surtout pas être négligés, si l'on désire obtenir du traitement principal tout le succès qu'on est en droit d'en attendre.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique*
LALLEMAND, Président.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL, *Examinateur.*	*Anatomie.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurg., Opérations, Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfans.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médic.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Suppléant.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeut. génér.*

Professeur honoraire: M. Aug.-Pyr. DE CANDOLE.

Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KUHNHOLTZ.	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHÉ.
BROUSSONNET Fils.	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN, *Examinateur.*
DELMAS Fils.	SAISSET.
VAILHÉ, *Examinateur.*	ESTOR, *Suppléant.*
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.